UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 106

Contribution à l'Etude des Kystes non parasitaires de la Rate

A propos d'une observation nouvelle

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Charles PALLIÈS

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
SOREL
DIEULAFÉ
RIEUNAU
Assesseurs.
CLAUX, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

CONTRIBUTION A L'ETUDE

des Kystes non parasitaires de la Rate

A propos d'une nouvelle Observation

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT
LAFFORGUE, VALLOIS, SERR, GARIPUY

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (N...)
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC ch. de f.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie
Ophtalmologie		MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Physique Médicale		MM. DEODATI
Obstétrique		MARQUÈS
O. R. L.		PONTONNIER
Urologie		CLAUX
		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	LAPORTE (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 106

Contribution à l'Etude des Kystes non parasitaires de la Rate

A propos d'une observation nouvelle

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Charles PALLIÈS

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
SOREL
DIEULAFÉ
RIEUNAU
} *Assesseurs.*
CLAUX, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME,

Ce faible témoignage d'un profond attachement.

A MON FILS,

Bien tendrement.

A MA GRAND-MÈRE,

Très affectueusement.

A MES PARENTS,

En reconnaissance pour l'affectueuse et vigilante tendresse dont ils m'ont entouré.

A MES BEAUX-PARENTS,

A MES SŒURS, MA BELLE-SŒUR,

MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VIRENQUE
Professeur de clinique chirurgicale infantile
et Orthopédie — Chirurgien des Hôpitaux

qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL
Professeur de clinique médicale infantile
de puériculture
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEUNAU
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUX
Professeur agrégé à la Faculté

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur R. OLLIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien chef de clinique

Chirurgien des Hôpitaux de Moulins

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider dans sa rédaction.

Nous l'assurons de notre gratitude pour l'intérêt qu'il a pris à ce travail et pour les instants précieux qu'il y a consacré.

A Monsieur le Docteur P. GENTY,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Médecin chef des Hôpitaux de Moulins

Nous voudrions lui témoigner toute notre reconnaissance pour son enseignement lumineux et aimable que nous avons eu la joie de suivre pendant plus d'une année.

Nous nous sentons incapables de traduire comme nous le voudrions le sentiment de gratitude que nous lui portons.

Nous le prions de croire à notre respectueuse affection et à notre très profond attachement.

A Monsieur le Docteur F. GANNE,
Médecin des Hôpitaux de Moulins.

Nous l'assurons de notre respectueuse amitié.

A TOUS LES MÉDECINS DES HOPITAUX
DE MOULINS

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE

Introduction

Les kystes non parasitaires de la rate sont rares bien qu'à l'heure actuelle 140 à 150 cas aient été publiés dans la littérature médicale mondiale.

Ayant eu l'occasion avec notre maître le Docteur OLLIER, d'en observer un cas nouveau, nous avons pensé qu'il pourrait servir de base à notre thèse, d'autant plus qu'il confirme l'opinion que le Docteur OLLIER s'était déjà faite sur la classification et l'origine de ces tumeurs.

Cette observation est particulièrement démonstrative et caractéristique de cette affection qui porte une indication formelle : la splénectomie, en raison des complications possibles déjà signalées dans la littérature de rupture de la coque ou d'infection.

Ce cas met en évidence la notion traumatique qui, dans bon nombre d'observations passe inaperçue, car il s'agit de traumatisme très ancien et bien souvent oublié.

L"examen histologique ne peut pas servir de base à la classification et le seul élément anatomique constant se trouve dans la disposition de la rate sur le kyste.

Enfin, se trouvent ici confirmés les résultats favorables de la splénectomie, seul traitement à opposer aux kyste non parasitaires de la rate.

Observation

Madame Des..., 48 ans, fermière, nous est adressée par son médecin, le Docteur Gabillon, qu'elle est venue consulter 2 mois plus tôt pour une sensation de gêne epigastrique croissante avec pesanteurs accompagnées d'oppression et d'étouffement. Ces malaises déjà anciens deviennent progressivement de plus en plus intenses depuis 6 mois.

Elle se plaint de digestions pénibles, de crampes d'estomac, de ballonnement post-prandial, d'alternatives de diarrhée et de constipation; et elle mentionne elle-même une augmentation de volume de son hypocondre gauche telle que ses vêtements deviennent de jour en jour trop étroits bien qu'elle ait perdu 5 kg. en 5 mois.

En examinant cette malade d'assez grande taille, on est frappé par sa maigreur et par la pâleur de son visage. On note une nette asymétrie de la région thoraco-abdominale, le rebord costal gauche est soulevé par une voussure importante. La main qui palpe perçoit une masse arrondie atteignant l'ombilic et descendant à mi-distance entre la crête

iliaque et le rebord costal gauche, sous lequel le pôle supérieur s'engage nettement, elle donne une sensation de tension élastique, presque fluctuante, rénittente. Le contact lombo-abdominal est perçu avec une sensation de ballottement; le pourtour de cette masse tumorale est arrondi régulièrement, ne présente aucune encoche; sa surface est lisse, la pression un peu appuyée provoque une douleur légère. La percussion montre une forte matité s'étendant sur la base thoracique gauche.

Par ailleurs l'examen est négatif :

Foie normal, pas d'ascite, le toucher vaginal ne décèle aucune masse pelvienne, seul le col utérin est perçu, la malade ayant subi une hystérectomie subtotale neuf ans plus tôt. Aucune note ictérique ou subictérique, il n'y a d'ailleurs pas d'antécédents hépatiques. Une palpation minutieuse ne découvre pas d'adénopathies; il n'existe ni circulation veineuse collatérale ni hémorroïdes ce qui montre que la circulation portale n'est absolument pas gênée.

L'examen clinique permet donc de poser le diagnostic de tumeur de la rate ou du rein, et pour préciser l'organe atteint, on est amené à faire des examens complémentaires.

Examen radioscopique.

La radioscopie thoracique montre à gauche une coupole diaphragmatique surélevée, peu mobile, comme bloquée par une masse sous phrénique donnant une image sombre, tigrée, arrondie, qui semble bien devoir être rattachée à la rate. De plus net refoulement du cœur vers la droite, la pointe étant déplacée jusqu'au sternum.

Examen pyélographique.

La pyélographie permet de découvrir un rein gauche très ptosé descendant jusque dans la fosse iliaque, nettement séparé d'une ombre arrondie parsemée de taches irrégulières ayant un aspect très net de calcifications.

Examen d'urine.

Une division d'urines permet d'examiner plus particulièrement la sécrétion rénale gauche qui est parfaitement normale puisque l'on ne trouve pas de pus, aucune flore, et que les cultures restent stériles; on décèle la présence de quelques hématies ce qui est inhérent à tout examen de ce gen-

re. Ceci nous permet donc d'éliminer une affection rénale, et rend à peu près certain le diagnostic de grosse rate.

Examen hématologique.

Il nous donne aussi des résultats normaux avec:

Temps de saignement : 3 minutes 30 secondes.

Temps coagulation : 12 minutes (technique des tubes).

D'autre part l'érythrogramme est aussi satisfaisant :

4.700.000 hématies;
78% d'hémoglobines;
valeur globulaire : 0,8.

On ne relève pas la présence de formes jeunes.

Leucogramme sans modifications :

7.700 leucocytes

dont

66 polynucléaires neutrophiles
5 monocytes
16 grands lymphocytes
13 petits lymphocytes
pas de formes jeunes.

La détermination de l'azotémie (méthode à l'hypobromite) montre un taux d'urée paranormal à 0,52 gramme.

Le diagnostic de kyste de la rate se confirme et il nous reste à connaître son origine et à déterminer tout d'abord si l'on est en présence d'un kyste parasitaire. Cela nous entraîne à faire une réaction spécifique.

Réaction Weinberg et Parvu (anitgène hydatique de Biolyon). La réaction au sérum frais comme celle au sérum chauffé est négative.

Ce résultat n'est pas étonnant d'ailleurs car l'interrogatoire ne mit jamais en évidence la présence de chiens ou de moutons dans le voisinage permanent et immédiat de la malade. De même l'absence d'éosinophilie dans la formule leucocytaire était déjà un signe négatif d'affection parasitaire.

Au total le diagnostic de kyste non parasitaire de la rate nous paraît le plus vraisemblable mais sans que l'on puisse écarter avec certitude la possibilité d'une tumeur maligne primitive (sarcome) de la rate en faveur de laquelle on retiend l'altération de l'état général et l'amaigrissement de la malade.

Cependant l'intervention proposée est acceptée par la malade.

Intervention :

Anesthésie générale — éther oxygène — après préanesthésie à la Duna 13.

Opérateur : Docteur Ollier. Aides : Docteurs Penard et Gabillon.

L'incision en L de Grégoire permet de découvrir une rate, macroscopiquement normale par son volume et son aspect, appendue au pôle inférieur de la masse kystique. On progresse en sectionnant successivement les vaisseaux de l'épiploon gastro-splénique puis on ligature en masse le pédicule splénique. On passe alors à la libération du pôle supérieur du kyste, qui est très adhérent aux parois de la loge splénique, en particulier au diaphragme. Cette libération se fait par clivage à la

main et permet d'accoucher et d'extérioriser le kyste.

On vérifie l'hémostase : quelques points seulement suintent sous la coupole phrénique.

Un drain est laissé dans la loge splénique.

On refait la paroi en deux plans avec fils d'acier pour la suture du plan aponévrotique.

DESCRIPTION DE LA PIECE ANATOMIQUE

1° — *Aspect macroscopique :* C'est une très volumineuse masse kystique ovoïde coiffant le pôle supérieur de la rate. d'un poids de 2 kg. 750 et ayant pour diamètres principaux 19-18-12 centimètres.

La paroi, calcifiée de façon presque uniforme est d'une consistance pierreuse.

A l'ouverture : liquide café au lait, visqueux, épais, d'aspect homogène avec un dépôt dense.

Le tissu splénique s'étire et s'amaincit progressivement à la partie basse du kyste. La paroi interne est lisse sur les 2/3 supérieurs, sauf en regard des plaques de calcification où elle présente quelques rugosités recouvertes d'ailleurs par un dépôt blanchâtre comparable « grosso modo » à de fausses membranes. Quant au 1/3 inférieur, en rapport avec le reliquat du tissu splénique il est nettement différent avec son aspect en logettes plus ou moins complexes séparées par des colonettes fibreuses, réticulées, en relief, évoquant la disposition des parois internes d'un ventricule cardiaque avec ses valvules, ses piliers de 1° et 2° ordre, ses cordelettes.

2° *Examen histologique* (Professeur GERY) :

L'examen histologique n'ajoute pas grand chose à ce que nous savons déjà : « Kyste limité par une coque très épaisse, sclérohyaline, irrégulièrement et largement calcifié (mais non ossifiée sur les trois

grandes coupes examinées) nulle part il n'y a de revêtement.

«Rate tout à fait banale, même aux abords immédiats du kyste. Les corpuscules de Malpighi sont petits et n'ont pas ou n'ont que peu de centres germinatifs; les cordons de Billroth sont pauvres en lymphocytes, les cloisons conjonctives et la capsule paraissent un peu exagérées ».

SUITES OPERATOIRES

Très simples, apyrétiques, reprise du transit intestinal en 36 heures.

Pendant 48 heures le drain donne issu à un liquide séro-hématique, ont raccourcit le drain progressivement à partir du 3^{e} jour, pour le supprimer complètement le 8^{e}.

Lever précoce le 2^{e} jour. Cicatrisation excellente.

Après l'intervention lors d'un interrogatoire plus fouillé on cherche à préciser la date et les conditions d'apparition de la tumeur. La malade reconnaît que la voussure de l'hypochondre gauche, les sensations de gêne et de pesanteur existaient déjà depuis de nombreuses années — 20 ans au moins — que ces symptômes d'abord discrets se sont accentués très insidieusement mais que depuis 18 mois ils semblent s'être accrus beaucoup plus rapidement. Et l'origine de tous ces troubles est rapportée à un traumatisme subi au cours de l'adolescence et qui a provoqué une très vive douleur dans l'hypochondre gauche. En effet, à l'âge de 18 ans en soulevant un poids très important—brouette lourdement chargée—elle ressentit une douleur violente dans le flanc gauche avec nausées et tendances lipothymiques. Un médecin diagnostique alors une « ptose » rénale et l'immobilise au lit pendant 40 jours.

Il y a 5 ou 6 ans au cours d'un examen général un médecin a reconnu l'existence d'une splénomégalie et a mentionné une rate « de volume triple de la normale ».

Depuis 1942, la malade, en plus de la gêne déjà mentionnée, ressentait des névralgies sous-costales gauches, « des points de côté » et une douleur vive dans le flanc lorsqu'elle faisait un effort ou se baissait.

A noter enfin que Madame Des... avait mené à terme sans incident neuf grossesses avant de subir en 1939 une hystérectomie pour fibrome.

GUERISON

La malade rev ue quelques mois après l'intervention ne souffre plus, et dit « très bien se porter », on note une augmentation pondérale de trois kilos et la reprise d'un état général excellent. Elle n'est plus gênée dans son alimentation par la sensation de pesanteur gastrique mais l'intestin est toujours paresseux et notre malade doit utiliser constamment des laxatifs. Aucune douleur ne subsiste dans l'hypochondre gauche qui est bien dépressible, non douloureux; le diaphragme est mobile, la cicatrice est solide.

Historique

A la lecture des nombreuses observations relatives aux kystes de la rate nous remarquons que l'auteur rapporte généralement un seul cas isolé accompagné d'une étude anatomo-pathologique à peine ébauchée, et que les travaux d'ensemble restent rares puisque en 120 années nous relevons seulement 5 mémoires importants auxquels s'attachent les noms de BIRCHER (1908), FOWLER (1910), HOWALD et MONDRE (1926), OLLIER (1939) et enfin PATEL (1950).

Dès 1829, ANDRAL mentionne dans son traité d'anatomo-pathologie l'existence de kystes spléniques sans donner d'ailleurs d'observations extrêmement précises, et c'est LIVOIS qui, en 1838, rapporte la première observation clinique avec vérification anatomique. Jusqu'en 1867, date de la première splénectomie pour kyste de la rate pratiquée avec succès par PEAN, ce seront surtout des vérifications nécropsiques qui formeront la base des publications.

Le travail de BIRCHER en 1908 marque une étape importante dans l'étude qui nous intéresse.

Il groupe 33 observations cliniques, examine les différentes hypothèses pathogéniques proposées, étudie l'allure anatomo-clinique et les indications thérapeutiques. Il constate combien les connaissances recueillies jusqu'alors sont imparfaites, déclare que les bases des publications sont souvent trop insignifiantes et dégage de son travail une classification.

En 1910, 1921, 1924, nous retenons l'importante succession des travaux de FOWLER qui pourra servir de point de départ à l'étude des formations kystiques de la rate. Si en effet FOWLER a établi en 1913 une classification basée sur leur pathogénie présumée on le voit en 1921 revenir sur son ancienne opinion : il reconnaît l'importance de la séparation en vrais kystes à parois propres et faux kystes ne possédant pas cette paroi et qui s'accroisse en dissociant le parenchyme splénique. En 1913 il collecte 85 cas, en 1921 il joint 5 cas nouveaux et 1924, dans le dernier en date de ses travaux, apporte encore 8 observations. Il laisse ainsi une étude qui comprend un total de 98 cas de kystes non parasitaires dont 71 possèdent des observations cliniques.

En 1926 paraissent deux importants travaux : l'un de HOWALD qui, à l'occasion de deux observations dont l'une concerne un kyste à revêtement endothélial, reprend l'étude pathogénique, l'autre de MONDRE sur les vrais kystes de la rate.

Il nous faut arriver en 1939 pour trouver la première revue générale en langue française sur les kystes non parasitaires de la rate avec la Thèse d'OLLIER, dans laquelle l'auteur relate 3 cas inédits et trouve 130 observations dans la littérature mondiale. Il s'attache à établir une classification,

reprend les théories pathogéniques proposées jusqu'à cette date et montre dans ses conclusions combien il est difficile de prendre pour base de classification et pour critère de distinction entre variétés de kystes l'existence du fragile épithélium endotumoral qui bien souvent n'est pas mis en évidence même par un examen histologique très minutieux.

De 1939 à 1950 peu de publications, 10 cas seulement sont relevés dans la littérature au dire de RADAKOWITCH. A signaler en juillet 1945 la thèse de Mlle MALVY qui apporte une observation personnelle de kyste non parasitaire survenu chez une fillette de 9 ans opérée avec succès par le professeur VIRENQUE, PAUTERAT, PATEL et MADIER reprennent la question des kystes spléniques dans une publication de la *Presse Médicale* de décembre 1950 : L'histoire clinique de leur malade est calquée sur celles des sujets dont les observations ont été déjà publiées. L'étude histologique de la pièce anatomique retirée appelle de nouvelles réserves en ce qui concerne l'opposition rigoureuse entre vrais et faux kystes et la nature épidermique de formations observées. Ils terminent en discutant le choix de la meilleure voie d'abord pour l'extirpation des grosses rates et concluent en proposant la voie thoraco-abdominale.

Classification et Anatomie pathologique

Les classifications proposées jusqu'à ce jour reposent sur l'étude anatomo-pathologique de la paroi propre du kyste. Celle-ci, d'une épaisseur variable est nettement différenciée. Il est toujours facile de la séparer du parenchyme dans lequel le kyste est développé; il existe toujours un plan de clivage entre les deux. Du point de vue histologique cette paroi est constituée de deux zones :

1° Vers la périphérie : une coque plus ou moins épaisse formée de couches superposées de tissu conjonctif fibreux.

2° Vers la lumière de la cavité kystique : un revêtement cellulaire différencié, variable dans son organisation et sa nature. Cette disposition caractériserait le vrai kyste et s'opposerait à celle de faux kyste pour lequel il existe souvent encore une coque fibreuse mais cette fois discontinue, moins différenciée, et n'offrant pas de plan de clivage précis. En prennant pour critère cette distinction on a décrit (thèse Ollier) :

A — FAUX KYSTES

1° Faux kystes traumatiques.

2° Faux kystes inflammatoires ou infectieux.

3° Faux kystes nécrotiques :
a) Par lésion vasculaire (thrombose, infarctus, torsion;
b) Par transformation d'une tumeur préexistante.

B — VRAIS KYSTES

1° Kystes dermoïdes.

2° Petits kystes superficiels.

3° Grands kystes solitaires :
a) Kystes épithéliaux : épidermoïde, épithélial simple, épithélial wolfien.
b) Kystes endothéliaux.

Pour mémoire citons le groupe des lymphangiomes kystiques de LINDQVIST, dont le critère était la découverte de petits kystes au voisinage de la grande cavité et que l'on peut fort bien considérer comme faisant partie des grands kystes épithéliaux.

En réalité toutes ces classifications nous paraissent bien fragiles car elles sont basées sur des cas isolés observés par des chirurgiens ou des histologistes différents. De ce fait les interprétations individuelles de la paroi interne du kyste, de l'existence d'un revêtement organisé endothélial, épi-

thélial ou épidermoïde sont proposées sans que leurs auteurs aient eu la possibilité de comparer entre eux ces divers aspects.

Notre maître le Docteur Ollier, qui a eu l'occasion d'examiner trois cas de kystes non parasitaires de la rate pour sa thèse, puis un quatrième qu'il vient de nous confier pour ce travail insiste tout particulièrement sur deux points et nous faisons entièrement notre ce point de vue :

1° L'aspect macroscopique du kyste qu'il a retrouvé absolument identique dans les quatre cas.

2° La fragilité du revêtement cellulaire lorsqu'il existe et surtout les difficultés que l'on peut rencontrer pour le mettre en évidence.

Aspect macroscopique. — Les seules constantes vraies se trouvent dans les rapports du kyste avec la rate et dans la disposition interne de la tumeur. L'aspect du kyste est immuable: il coiffe la rate et rappelle la disposition de l'œuf sur le coquetier, d'un pneu sur une jante, du pancréas sur le duodenum.

Le kyste ouvert, on retrouve toujours en regard du reliquat splénique cette image de logettes et de piliers comparable à la paroi interne d'un ventricule ou à la vessie d'un vieux distendu, tandis que le reste de la face interne de la tumeur est lisse, uniforme. La cause de cet aspect trabéculaire peut être aisément reconnue si l'on prend soin de détacher par clivage la paroi kystique. On voit alors que les reliefs internes de la paroi correspondent à des saillies fibreuses apparentes dans le parenchyme splénique. Ce sont simplement les travées du réticulum fibreux de la rate qui n'ont ja-

mais été détruites par l'accroissement du kyste, la paroi kystique s'est moulée sur leurs saillies en refoulant le parenchyme intercalaire.

Cet aspect en logettes n'existe qu'en regard des zones où persiste le parenchyme splénique; il est d'autant plus marqué que celui-ci présente une épaisseur maxima, décroissant en même temps que le parenchyme s'étire en bandes de plus en plus minces, disparaissant entièrement lorsque la paroi kystique devient immédiatement sous capsulaire.

Aspect histologique. — Il en est de même dans les examens anatomo-pathologiques de la paroi; ce n'est que dans le fond des logettes que l'on a retrouvé parfois un revêtement épidermique, endothélial, ou épithélial et cette découverte est loin d'être constante d'un point de la paroi à un autre pourtant très proche (Ollier). Ainsi, donc, la description de cet épithélium considérée par beaucoup comme la clef du problème serait bien souvent due au hasard si l'on prend en considération la fragilité de ce revêtement qui rend extrêmement délicat l'examen anatomo-pathologique.

D'autre part enfin, il est fort vraisemblable que la tension du liquide puisse amener l'organisation de la paroi en une couche pseudo-épidermique par un processus semblable à celui qui régit la régénération de l'endartère après endartériectomie désoblitérante.

Pathogénie

La pathogénie des kystes non parasitaires de la rate a donné lieu à maintes hypothèses et a soulevé de vives controverses. Ainsi, à la suite de Bœttcher on peut penser qu'un processus nécrotique serait à l'origine de la transformation kystique, processus qui, pour cet auteur, pourrait être secondaire à une nécrose infectieuse, pour d'autres à un thrombose artérielle (Dobrazaniecki) à une torsion pédiculaire (Bircher).

L'hypothèse des inclusions péritonéales a été soutenue par de nombreux auteurs : Besnier est le premier à la proposer, puis Randhor qui accuse des micro-traumatismes répétés provoquant des ruptures capsulaires minimes, d'être responsables de petites hernies sous-capsulaires de la pulpe splénique : l'épithélium péritonéal pourrait être alors entouré et inclus dans ces hernies pulpaires.

Schimdt invoque un processus différent de rupture secondaire aux modifications de volume de la rate, que l'on trouve plus particulièrement dans les splénomégalies typhiques ou secondaires à une infection puerpuérale.

L'origine lymphatique des kystes de la rate a eu de nombreux partisans. En faveur de cette hypothèse le principal argument retenu avait été l'existence dans la paroi kystique ou dans la pulpe splénique à priximité de la grande cavité, de petites cavités secondaires. Ainsi, FINK compare ces formations aux cavernomes des vaisseaux sanguins, car elles en ont la structure histologique et microscopique.

Nous retenons l'idée d'inclusions de germes avec CONHEIM pour qui il est indispensable qu'un bourgeon nettement différencié soit le point de départ d'une malformation à type histologique nettement défini.

S'opposant à cette théorie, celle de DINAND, qui réfute l'existence de toute spécificité tissulaire : le point de départ de la formation kystique et son revêtement cellulaire serait un élément quelconque du parenchyme splénique.

Enfin, pour BIRCHER l'hypothèse de transformation d'un hématome, formulée jadis par de nombreux auteurs, serait la plus plausible, car elle fait intervenir le rôle prédominant du traumatisme et se trouve mentionnée dans maintes observations (BARDENHEUR, CREDE, GHETTI, LEJARS, HEDINGER). Dans ce cas, après arrêt spontané de l'hémorragie, il y aurait organisation progressive de l'hématome résiduel, puis résorption du sang et disparition des éléments figurés par destruction ou dépôt sur les parois fibreuses qui se constituent spontanément à la limite de séparation de la collection hématique et du tissu splénique dilacéré.

A la lecture de ces différentes théories, il semble fort difficile de conclure quel est le mécanisme à l'origine des kystes spléniques. Nous pensons ce-

pendant que le traumatisme en provoquant une rupture partielle sous capsulaire organisée à une part très importante dans leur pathogénie et que, bien souvent, on n'en retrouve pas la notion dans les observations mentionnées car il s'est produit longtemps auparavant ou est passé inaperçu.

L'observation que nous rapportons, la netteté de l'apparition de tous les troubles perçus par notre malade depuis le traumatisme dont elle a été victime nous semblent un argument de poids en faveur de la théorie traumatique de l'origine de semblables kystes. Cette observation illustre d'ailleurs la difficulté que l'on a parfois, très longtemps après le traumatisme pour en extirper la notion de la mémoire d'un malade qui l'a presque complètement oublié

Thérapeutique

Actuellement, pour tous les auteurs, dans les grands kystes de la rate, le traitement de choix, le seul à vrai dire, est la splénectomie. Cependant, au cours du siècle précédent, d'autres moyens thérapeutiques furent essayés avec plus ou moins de succès.

En 1863 PEAN et son élève ROUSSET font la première tentative de ponctions évacuatrices suivies d'injections de caustique pour un kyste séro-sanguin de la rate survenant chez une fillette de 7 ans. Malheureusement le résultat escompté n'est pas atteint, puisque la petite malade meurt en 2 mois de péritonite généralisée. Seize ans plus tard la même technique apporte au même auteur le même insuccès, le malade succombant dans les mêmes conditions que précédemment. Cependant, PEAN avait pratiqué en 1867 la première splénectomie pour kyste de la rate; l'intervention avait réussi pleinement et la guérison s'était maintenue pendant 12 ans.

A mentionner les tentatives de marsupialisation dont FOWLER cite 12 cas et FINKELSTEIN 19;

bien que les résultats soient bons, la guérison est toujours obtenue au prix d'une très lente cicatrisation durant de 3 mois à un an (HEURTAUX).

Notons enfin une technique délicate et dangereuse, celle de la résection totale ou partielle de la coque kystique.

En 1890 FINK fait opérer par GUSSENHAUER un kyste splénique chez un garçon de 14 ans. L'opérateur tente la résection de la paroi kystique avec destruction au thermocautère de la partie restant en contact avec le parenchyme splénique. L'intervention se passe fort bien et amène la guérison du malade. Cependant cette technique est très minutieuse car le plan de clivage du kyste est toujours difficile à retrouver « in situ » et l'éventualité d'une hémorragie pendant l'énucléation ou dans les jours qui suivent l'intervention est toujours à redouter ainsi que le signalent HEINRICUS, MONNIER, JORDAN. Cependant FUMAGALLI, ORLOFF, SANDERS publient trois autres cas suivis de guérison.

La splénectomie en cas de kyste non parasitaire de la rate donne des résultats statistiques qui sont nettement les meilleurs : mortalité de 2% (FOWLER), peut être légèrement supérieure d'après OLLIER, mais toujours très basse.

L'intervention est très bien tolérée, à moins évidemment de maladies hématologiques en cours, et ne laisse pas de séquelles. Parfois, cependant, l'exérèse de la rate est difficile, laborieuse, en raison du volume de la tumeur et des adhérences que celle-ci peut avoir contracté avec les organes voisins : estomac, intestins, et surtout diaphragme.

La voie d'abord couramment utilisée jusqu'à ces dernières années a toujours été la voie abdominale Si celle-ci permet une intervention facile pour des rates peu volumineuses ou peu adhérentes, elle peut être insuffisante pour des tumeurs volumineuses ou fixées.

Les progrès de l'anesthésie moderne, les facilités qu'elle procure aidée de la réanimation permettent d'envisager l'élargissement sur le thorax en une voie abdomino-thoracique Et si le premier temps doit le plus souvent être abdominal il y a intérêt à choisir une incision qui puisse facilement être élargie vers le thorax : incision para-rectale gauche ou incision oblique de l'hypochondre dans l'axe du 10^{e} arc costal.

Conclusions

I. — La rareté des kystes non parasitaires de la rate rend difficile toute vue d'ensemble sur le sujet, car il est exceptionnel qu'un auteur puisse en observer plusieurs cas.

II. — L'élément primordial de distinction entre kystes nous semble résider dans l'aspect réticulaire de la paroi interne qui refoule le parenchyme splénique et se moule sur les travées fibreuses résistantes.

III. — La découverte d'un revêtement organisé est souvent liée au hasard des prélèvements qui, pratiqués à quelques centimètres de distance peuvent donner lieu à des constatations fort différentes.

IV. — L'origine traumatique doit être extrêmement fréquente sinon prépondérante — mais la tumeur se révèle souvent fort longtemps après le traumatisme causal et celui-ci peut être fort difficile à retrouver à l'interrogatoire du malade.

V. — Le traitement en est simple : la splénectomie. Malgré le volume souvent important de la tumeur elle est en général facile et donne une guérison rapide et totale.

Le Président de la Thèse :
VIRENQUE.

Vu : Le Doyen,
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 31 Octobre 1951
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

Bibliographie

ANDRAL. — Précis d'Anat. Path. 1889, t. II.

BARDENHEUR. — Ueber Milzcysten (*Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1890, p. 801).

BIRCHER. — Ein Beitrag zur Chirurgie der nicht parasitaren Milzcysten (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie,* 1908, t. XCII, p. 323-352).

BŒTTCHER. — Ueber die Entwicklung von Milzcysten (cité par Bircher) (*Dorpater Médizinische Zeitschrift,* 1870-1871).

CREDE. — Cyste der Milz Splenektomie (*Berliner Klinische Wochenschrift,* juin 1882, p. 407).

— Ueber die Exstirpation der kranken Milz an der Menschen (*Archiv. für klinische chirurgie,* 1883, t. XXVIII, p. 401).

DOBRZANIECKI. — Kyste multiloculaire de la rate produit par des infarctus (*Annales of Surgery,* 1930, t. XCII, p. 67-76. An. in Journal de Chirurgie, t. XXXVI, p. 813).

FINK. — Zur Kenntniss der Geschwulsten in der Milz (*Zeitschrift* für Heilkunde, 1885, t. VI, p. 399).

FINKELSTEIN. — Kystes non parasitaires de la rate (*Rousky* Chirourguitchewsky Archiv. 1909, t. XXV, p. 327-373 (*Analyse in Journal de Chirurgie,* t. III, p. 209).

FUMAGALLI. — Cisti calcificata del polo inferiore della milza rezione splenica (*Atti a memorie della Societa Lombarda di Chirurgia,* janvier 1934, t. II, p. 113-130).

FOWLER. — Non parasitic cyst of the Spleen (*Surgery, Gynecology, Obstetrics,* août 1910, t. XI, p. 133-137. *Analyse in Journal de Chirurgie,* t. V, p. 462).

— Cysts of the Spleen (*Annals of Surgery* 1913, t. LVII, p. 658-690).

— Surgery of cysts of the Spleen (*Annals of Surgery,* 1921, t. LXXIV, p. 20-36).

— Further study of cysts of the Spleen (*Annals of Surgery,* 1924, t. LXXX, p. 58-61).

GUETTI et MORESCHI. — Splenectomia per cisti sero-sanguina della milza mobile (*Gazetta degli Ospedale,* 1896, p. 1257).

HEDINGER, cité par BIRCHER. — Verh. der Deuts. Pathon Gesell., 1906.

HEINRICIUS. — Ueber die Cysten der Milz und ihre Behandlung, speciell durch Splenoctomie (*Archiv für klinische Chirurgie,* 1904, t. LXXII, p. 138-171).

HEURTAUX. - Kyste hématique de la rate (*Bulletins de la Societé de Chirurgie de Paris,* 1898, p. 928).

HOWALD. — Pathogénese der grossen Milzcysten (*Frankfurter Zeitschrift für Pathologie;* 1926, t. XXXIII, p. 349).

JORDAN. — Exstirpation der Milz (cit. Bircher) (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie, Band II*).

LEJARS. — Des kystes hématiques de la rate (*XIVe Congrès de Chirurgie de Paris,* 1901).

LINDQVIST. — Un cas de lymphangiome de la rate, splénectomie. Guérison (*Acta Chirurgica Scandinavica,* 1937, t. LXXXIX, p. 436-445).

LIVOIS. — Gros kyste séro-sanguin de la rate (*Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris,* 1838, p. 289).

MALVY. — Kystes épithéliaux non parasitaires de la rate (*Thèse* juillet 1949, Toulouse).

MONDRÉ. — Ueber echte Cysten der Milz (*Zentralblat für Ginäkologie,* 1926, t. L, p. 2.111-2.113).

MONNIER. — Zur Kazuistik dermilzcysten (*Brüns Beitrage zur klinische Chirurgie,* 1904, t. XLI, p. 181-197).

ORLOFF. — Kyste de la rate d'origine non parasitaire (*Chirourgia*, 1910, t. XXVII, p. 475-478. *An. in Journal de Chir.*, t. V, p. 216).

PAUTERAT, PATEL, MADIER. — A propos des kystes spléniques étiquetés épidermoïdes (*Presse Médicale*, 25 décembre 1950).

RADAKOVICH. — Epidermoïd cyst of the Spleen. (*Report of a casé. Annal of Surgery*, février 1950, t. CXXXI, n° 2, p. 268-276).

RAMDOHR. — Ueber Milzcysten und ihre Beziehungen zu Rupturen der Milzk apsel (*Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1901, t. CLXIV, p. 32).

SANDERS. — Acase of large, single (non parasitic) Cyst of the Spleen (*The British Journal of Surgery*, 1928, t. XVI, p. 158-169).

POUR une bibliographie complète se rapporter aux deux revues générales en langue française publiées à ce jour :

Jusqu'en 1939 : OLLIER, Thèse Paris. — Les grands kystes non parasitaires de la rate. (Arnette Imprimeur).

De 1939 à 1950 : PAUTERAT, PATEL, MADIER. — A propos des kystes spléniques étiquetés épidermoïdes (*Presse Médicale*, 25 décembre 1950).

Dépôt lég. Aa 108, 4me tr. 1951

Imp. Toulousaine Vve Lion et Fils - 2, rue Romiguières